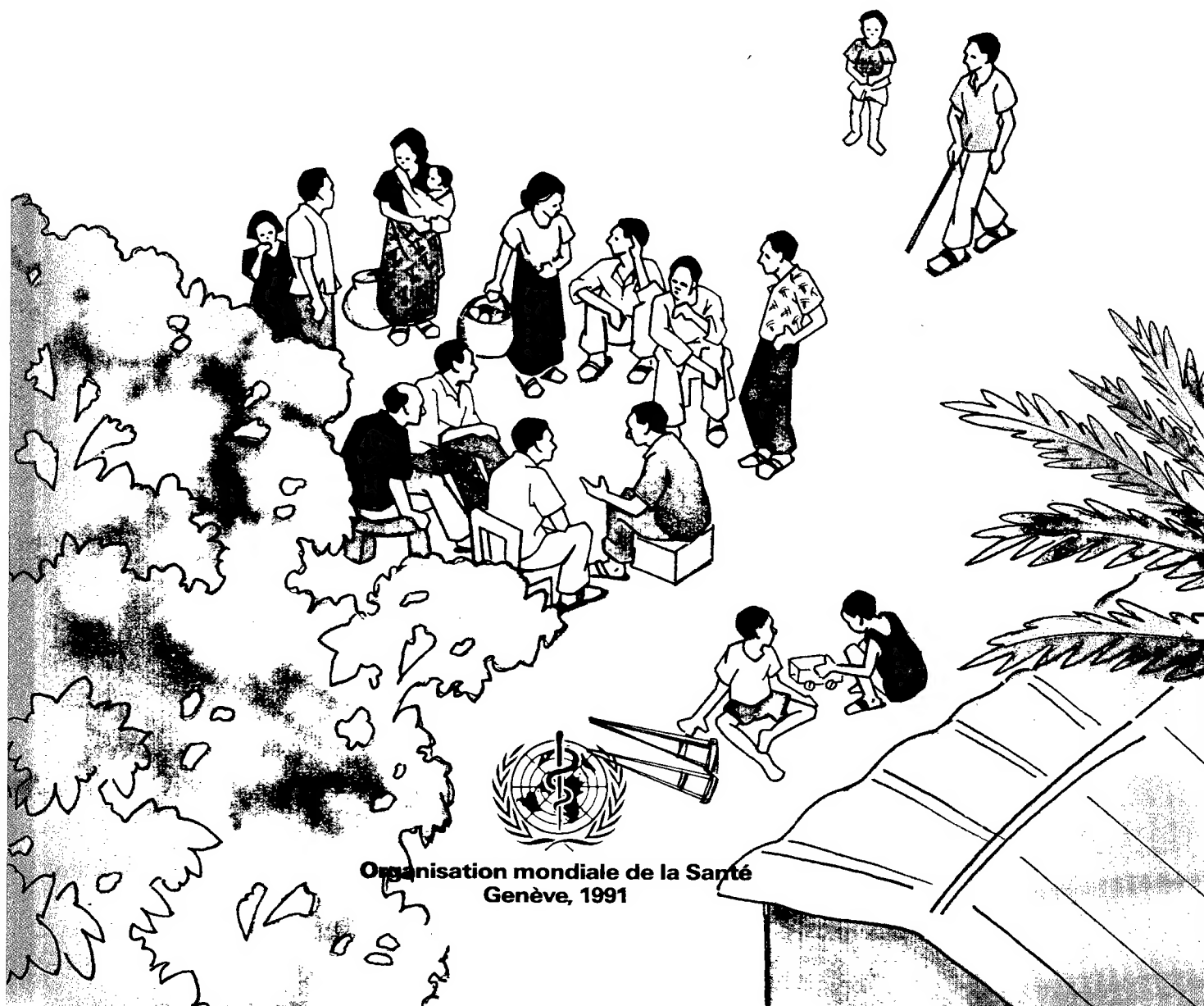




# Aider les personnes handicapées là où elles vivent

E. Helander, P. Mendis, G. Nelson et A. Goerdts



---

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS), créée en 1948, est une institution spécialisée des Nations Unies à qui incombe, sur le plan international, la responsabilité principale en matière de questions sanitaires et de santé publique. Au sein de l'OMS, les professionnels de la santé de quelque 165 pays échangent des connaissances et des données d'expérience en vue de faire accéder d'ici l'an 2000 tous les habitants du monde à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive.

Grâce à la coopération technique qu'elle pratique avec ses Etats Membres ou qu'elle stimule entre eux, l'OMS s'emploie à promouvoir la mise sur pied de services de santé complets, la prévention et l'endiguement des maladies, l'amélioration de l'environnement, le développement des personnels de santé, la coordination et le progrès de la recherche biomédicale et de la recherche sur les services de santé, ainsi que la planification et l'exécution des programmes de santé.

Le vaste domaine où s'exerce l'action de l'OMS comporte des activités très diverses : développement des soins de santé primaires pour que toute la population puisse y avoir accès ; promotion de la santé maternelle et infantile ; lutte contre la malnutrition ; lutte contre le paludisme et d'autres maladies transmissibles, dont la tuberculose et la lèpre ; la variole étant d'ores et déjà éradiquée, promotion de la vaccination de masse contre un certain nombre d'autres maladies évitables ; amélioration de la santé mentale ; approvisionnement en eau saine ; formation de personnels de santé de toutes catégories.

Il est d'autres secteurs encore où une coopération internationale s'impose pour assurer un meilleur état de santé à travers le monde et l'OMS collabore notamment aux tâches suivantes : établissement d'étalons internationaux pour les produits biologiques, les pesticides et les préparations pharmaceutiques ; formulation de critères de salubrité de l'environnement ; recommandations relatives aux dénominations communes internationales pour les substances pharmaceutiques ; application du Règlement sanitaire international ; révision de la Classification internationale des maladies, traumatismes et causes de décès ; rassemblement et diffusion d'informations statistiques sur la santé.

On trouvera dans les publications de l'OMS de plus amples renseignements sur de nombreux aspects des travaux de l'Organisation.

---

---

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS), créée en 1948, est une institution spécialisée des Nations Unies à qui incombe, sur le plan international, la responsabilité principale en matière de questions sanitaires et de santé publique. Au sein de l'OMS, les professionnels de la santé de quelque 165 pays échangent des connaissances et des données d'expérience en vue de faire accéder d'ici l'an 2000 tous les habitants du monde à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive.

Grâce à la coopération technique qu'elle pratique avec ses Etats Membres ou qu'elle stimule entre eux, l'OMS s'emploie à promouvoir la mise sur pied de services de santé complets, la prévention et l'endiguement des maladies, l'amélioration de l'environnement, le développement des personnels de santé, la coordination et le progrès de la recherche biomédicale et de la recherche sur les services de santé, ainsi que la planification et l'exécution des programmes de santé.

Le vaste domaine où s'exerce l'action de l'OMS comporte des activités très diverses : développement des soins de santé primaires pour que toute la population puisse y avoir accès ; promotion de la santé maternelle et infantile ; lutte contre la malnutrition ; lutte contre le paludisme et d'autres maladies transmissibles, dont la tuberculose et la lèpre ; la variole étant d'ores et déjà éradiquée, promotion de la vaccination de masse contre un certain nombre d'autres maladies évitables ; amélioration de la santé mentale ; approvisionnement en eau saine ; formation de personnels de santé de toutes catégories.

Il est d'autres secteurs encore où une coopération internationale s'impose pour assurer un meilleur état de santé à travers le monde et l'OMS collabore notamment aux tâches suivantes : établissement d'étalons internationaux pour les produits biologiques, les pesticides et les préparations pharmaceutiques ; formulation de critères de salubrité de l'environnement ; recommandations relatives aux dénominations communes internationales pour les substances pharmaceutiques ; application du Règlement sanitaire international ; révision de la Classification internationale des maladies, traumatismes et causes de décès ; rassemblement et diffusion d'informations statistiques sur la santé.

On trouvera dans les publications de l'OMS de plus amples renseignements sur de nombreux aspects des travaux de l'Organisation.

---

---

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Aider les personnes handicapées là où elles vivent/Einar  
Helander... et al.

1. Rééducation et réadaptation    2. Services de santé communautaires  
3. Handicapé    I. Helander, Einar

ISBN 92 4 254401 9 (Classification NLM: WB 320)

Le présent ouvrage existe également en versions anglaise et arabe, qu'on peut se procurer en s'adressant à l'OMS. La reproduction ou la traduction de certains passages à des fins non lucratives n'est pas subordonnée à l'accord préalable de l'Organisation mondiale de la Santé. Toutefois, l'Organisation décline toute responsabilité en ce qui concerne l'exactitude de ces éventuelles traductions. Si l'on envisage une traduction intégrale du texte, il serait bon de s'assurer, auprès du Bureau des publications, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse, que la traduction projetée n'a pas déjà été faite.

ISBN 92 4 254401 9

© Organisation mondiale de la Santé, 1991

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection prévue par les dispositions du Protocole N° 2 de la Convention universelle pour la Protection du Droit d'Auteur.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé de préférence à d'autres. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

Les auteurs sont seuls responsables des vues exprimées dans cette publication.

Imprimé en France  
89/8265 — Sadag — 2500

---

---

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS), créée en 1948, est une institution spécialisée des Nations Unies à qui incombe, sur le plan international, la responsabilité principale en matière de questions sanitaires et de santé publique. Au sein de l'OMS, les professionnels de la santé de quelque 165 pays échangent des connaissances et des données d'expérience en vue de faire accéder d'ici l'an 2000 tous les habitants du monde à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive.

Grâce à la coopération technique qu'elle pratique avec ses Etats Membres ou qu'elle stimule entre eux, l'OMS s'emploie à promouvoir la mise sur pied de services de santé complets, la prévention et l'endiguement des maladies, l'amélioration de l'environnement, le développement des personnels de santé, la coordination et le progrès de la recherche biomédicale et de la recherche sur les services de santé, ainsi que la planification et l'exécution des programmes de santé.

Le vaste domaine où s'exerce l'action de l'OMS comporte des activités très diverses : développement des soins de santé primaires pour que toute la population puisse y avoir accès ; promotion de la santé maternelle et infantile ; lutte contre la malnutrition ; lutte contre le paludisme et d'autres maladies transmissibles, dont la tuberculose et la lèpre ; la variole étant d'ores et déjà éradiquée, promotion de la vaccination de masse contre un certain nombre d'autres maladies évitables ; amélioration de la santé mentale ; approvisionnement en eau saine ; formation de personnels de santé de toutes catégories.

Il est d'autres secteurs encore où une coopération internationale s'impose pour assurer un meilleur état de santé à travers le monde et l'OMS collabore notamment aux tâches suivantes : établissement d'étalons internationaux pour les produits biologiques, les pesticides et les préparations pharmaceutiques ; formulation de critères de salubrité de l'environnement ; recommandations relatives aux dénominations communes internationales pour les substances pharmaceutiques ; application du Règlement sanitaire international ; révision de la Classification internationale des maladies, traumatismes et causes de décès ; rassemblement et diffusion d'informations statistiques sur la santé.

On trouvera dans les publications de l'OMS de plus amples renseignements sur de nombreux aspects des travaux de l'Organisation.

---

---

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS), créée en 1948, est une institution spécialisée des Nations Unies à qui incombe, sur le plan international, la responsabilité principale en matière de questions sanitaires et de santé publique. Au sein de l'OMS, les professionnels de la santé de quelque 165 pays échangent des connaissances et des données d'expérience en vue de faire accéder d'ici l'an 2000 tous les habitants du monde à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive.

Grâce à la coopération technique qu'elle pratique avec ses Etats Membres ou qu'elle stimule entre eux, l'OMS s'emploie à promouvoir la mise sur pied de services de santé complets, la prévention et l'endiguement des maladies, l'amélioration de l'environnement, le développement des personnels de santé, la coordination et le progrès de la recherche biomédicale et de la recherche sur les services de santé, ainsi que la planification et l'exécution des programmes de santé.

Le vaste domaine où s'exerce l'action de l'OMS comporte des activités très diverses : développement des soins de santé primaires pour que toute la population puisse y avoir accès ; promotion de la santé maternelle et infantile ; lutte contre la malnutrition ; lutte contre le paludisme et d'autres maladies transmissibles, dont la tuberculose et la lèpre ; la variole étant d'ores et déjà éradiquée, promotion de la vaccination de masse contre un certain nombre d'autres maladies évitables ; amélioration de la santé mentale ; approvisionnement en eau saine ; formation de personnels de santé de toutes catégories.

Il est d'autres secteurs encore où une coopération internationale s'impose pour assurer un meilleur état de santé à travers le monde et l'OMS collabore notamment aux tâches suivantes : établissement d'étalons internationaux pour les produits biologiques, les pesticides et les préparations pharmaceutiques ; formulation de critères de salubrité de l'environnement ; recommandations relatives aux dénominations communes internationales pour les substances pharmaceutiques ; application du Règlement sanitaire international ; révision de la Classification internationale des maladies, traumatismes et causes de décès ; rassemblement et diffusion d'informations statistiques sur la santé.

On trouvera dans les publications de l'OMS de plus amples renseignements sur de nombreux aspects des travaux de l'Organisation.

---

---

## Table des matières

■ Préface	7
■ Remerciements	9
■ Manuel : contenu et mode d'emploi	11
■ Analyse de la situation	13
■ Réadaptation : approches	16
■ La « technologie » de la réadaptation à assise communautaire	17
■ Modules	20
■ RAC : système de prestation de services	23
■ Evaluation	26

---

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS), créée en 1948, est une institution spécialisée des Nations Unies à qui incombe, sur le plan international, la responsabilité principale en matière de questions sanitaires et de santé publique. Au sein de l'OMS, les professionnels de la santé de quelque 165 pays échangent des connaissances et des données d'expérience en vue de faire accéder d'ici l'an 2000 tous les habitants du monde à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive.

Grâce à la coopération technique qu'elle pratique avec ses Etats Membres ou qu'elle stimule entre eux, l'OMS s'emploie à promouvoir la mise sur pied de services de santé complets, la prévention et l'endiguement des maladies, l'amélioration de l'environnement, le développement des personnels de santé, la coordination et le progrès de la recherche biomédicale et de la recherche sur les services de santé, ainsi que la planification et l'exécution des programmes de santé.

Le vaste domaine où s'exerce l'action de l'OMS comporte des activités très diverses : développement des soins de santé primaires pour que toute la population puisse y avoir accès ; promotion de la santé maternelle et infantile ; lutte contre la malnutrition ; lutte contre le paludisme et d'autres maladies transmissibles, dont la tuberculose et la lèpre ; la variole étant d'ores et déjà éradiquée, promotion de la vaccination de masse contre un certain nombre d'autres maladies évitables ; amélioration de la santé mentale ; approvisionnement en eau saine ; formation de personnels de santé de toutes catégories.

Il est d'autres secteurs encore où une coopération internationale s'impose pour assurer un meilleur état de santé à travers le monde et l'OMS collabore notamment aux tâches suivantes : établissement d'étalons internationaux pour les produits biologiques, les pesticides et les préparations pharmaceutiques ; formulation de critères de salubrité de l'environnement ; recommandations relatives aux dénominations communes internationales pour les substances pharmaceutiques ; application du Règlement sanitaire international ; révision de la Classification internationale des maladies, traumatismes et causes de décès ; rassemblement et diffusion d'informations statistiques sur la santé.

On trouvera dans les publications de l'OMS de plus amples renseignements sur de nombreux aspects des travaux de l'Organisation.

---



---

## Préface

Améliorer la qualité de vie des personnes handicapées dans les pays en développement est un pari difficile. Nombreux sont les obstacles à une telle amélioration; trop de gens et, force est d'en convenir, la plupart des autorités, ont tendance à ne voir dans les handicaps qui touchent la communauté qu'un problème secondaire. Les services destinés à ces personnes handicapées sont jugés coûteux et peu rentables compte tenu des efforts et des fonds nécessaires. La réadaptation proprement dite tend à être considérée comme un luxe qui est du ressort des organisations caritatives. Les professions de la santé ont, elles aussi, des réactions négatives, voire hostiles dès qu'il s'agit de modifier un système de soins bien établi qui, au fil de nombreuses décennies, s'est installé dans une confortable routine. Rien de très spectaculaire non plus ni d'accrocheur dans l'action menée pour améliorer le sort des 250 à 300 millions de personnes qui, estime-t-on, souffrent de handicaps.

Les personnes handicapées — souvent pauvres, à la charge d'autrui et vulnérables — sont toute humilité. Elles n'ont ni influence, ni pouvoir, ni poids politique. L'OMS estime que dans les pays en développement, 98 % d'entre elles sont totalement laissées-pour-compte.

Il y a plus de dix ans que les Etats Membres de l'Organisation mondiale de la Santé ont décidé d'intégrer la réadaptation dans les services de soins de santé primaires, signe de leur sincère volonté politique de rechercher les ressources dont les personnes handicapées ont tant besoin.

Le présent manuel, fruit de dix années de travail, auquel ont collaboré l'OMS, d'autres institutions des Nations Unies, des gouvernements et des organisations non gouvernementales, propose une technologie moderne et efficace pour la mise en place de services de réadaptation à assise communautaire. Cette approche a déjà été mise à l'épreuve dans nombre de pays où elle a été évaluée et adaptée en fonction des us et coutumes locaux.

Mon sincère espoir est que ce manuel réponde aux besoins des personnes handicapées et qu'il contribue **dès à présent** à les faire bénéficier des services qui y sont décrits.



Docteur Hiroshi Nakajima  
Directeur général  
Organisation mondiale de la Santé

---

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS), créée en 1948, est une institution spécialisée des Nations Unies à qui incombe, sur le plan international, la responsabilité principale en matière de questions sanitaires et de santé publique. Au sein de l'OMS, les professionnels de la santé de quelque 165 pays échangent des connaissances et des données d'expérience en vue de faire accéder d'ici l'an 2000 tous les habitants du monde à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive.

Grâce à la coopération technique qu'elle pratique avec ses Etats Membres ou qu'elle stimule entre eux, l'OMS s'emploie à promouvoir la mise sur pied de services de santé complets, la prévention et l'endiguement des maladies, l'amélioration de l'environnement, le développement des personnels de santé, la coordination et le progrès de la recherche biomédicale et de la recherche sur les services de santé, ainsi que la planification et l'exécution des programmes de santé.

Le vaste domaine où s'exerce l'action de l'OMS comporte des activités très diverses : développement des soins de santé primaires pour que toute la population puisse y avoir accès ; promotion de la santé maternelle et infantile ; lutte contre la malnutrition ; lutte contre le paludisme et d'autres maladies transmissibles, dont la tuberculose et la lèpre ; la variole étant d'ores et déjà éradiquée, promotion de la vaccination de masse contre un certain nombre d'autres maladies évitables ; amélioration de la santé mentale ; approvisionnement en eau saine ; formation de personnels de santé de toutes catégories.

Il est d'autres secteurs encore où une coopération internationale s'impose pour assurer un meilleur état de santé à travers le monde et l'OMS collabore notamment aux tâches suivantes : établissement d'étalons internationaux pour les produits biologiques, les pesticides et les préparations pharmaceutiques ; formulation de critères de salubrité de l'environnement ; recommandations relatives aux dénominations communes internationales pour les substances pharmaceutiques ; application du Règlement sanitaire international ; révision de la Classification internationale des maladies, traumatismes et causes de décès ; rassemblement et diffusion d'informations statistiques sur la santé.

On trouvera dans les publications de l'OMS de plus amples renseignements sur de nombreux aspects des travaux de l'Organisation.

---

## Remerciements

Ce manuel a été élaboré par l'Organisation mondiale de la Santé, avec la collaboration de plusieurs autres institutions des Nations Unies s'occupant de programmes pour les personnes handicapées; le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, le Haut commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés; le Centre des Nations Unies pour le Développement social et les Affaires humanitaires et l'Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture. De vifs remerciements sont adressés à ces organisations et à leur personnel pour le rôle précieux qu'ils ont joué en développant les idées, en participant aux essais sur le terrain, en révisant le texte des premières versions du manuel et en fournissant les fonds nécessaires.

Les versions précédentes imprimées en 1979, 1980 et 1983 ont été utilisées dans une soixantaine de pays et traduites, en totalité ou en partie, dans une trentaine de langues. Les personnes handicapées et les travailleurs de toutes catégories, y compris les agents communautaires et les experts sur le terrain, ont fait part de leurs points de vue et de leurs suggestions pour les améliorer. Des essais sur le terrain et des évaluations ont été réalisés entre 1979 et 1987, fournissant aux auteurs des informations inestimables. Les remerciements s'adressent à toutes les personnes, trop nombreuses à citer, qui ont fait part de leurs commentaires sur le manuel.

C'est en fonction de ces nombreux commentaires que certaines parties du manuel ont été amplement modifiées. Les personnes mentionnées ci-après ont revu avec soin les techniques de réadaptation ainsi que les illustrations de certaines parties du manuel, et méritent une attention spéciale.

### Difficultés à voir

Dr Lawrence Campbell et le personnel d'Helen Keller International, New York (Etats-Unis d'Amérique).

### Difficultés à entendre et à parler

Mme Anne Hewitt, Croydon (Angleterre) (autrefois au City Lit Centre for the Deaf, Londres (Angleterre)); Dr Eli Savanick, International Centre on Deafness (Centre International de la Surdité), Gallaudet University, Washington DC (Etats-Unis d'Amérique); Dr Sheila L. Wirz et Mme Sandy Wingard, National Hospitals College of Speech Science, Londres (Angleterre).

### Difficultés à bouger

Mme Sophie Levitt, Bath (Angleterre).

### Perte ou absence de sensibilité dans les membres (lèpre)

Dr Srinivasan, Central Jalama Institute of Leprosy, Tajganj Agara (Inde); Mme Jean Watson, The Leprosy Mission International, Londres (Angleterre).

### Comportement  trange

Dr Thimoty Harding et Dr John Orley, Division de la Santé mentale, OMS, Genève (Suisse).

## Remerciements

Ce manuel a été élaboré par l'Organisation mondiale de la Santé, avec la collaboration de plusieurs autres institutions des Nations Unies s'occupant de programmes pour les personnes handicapées; le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, le Haut commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés; le Centre des Nations Unies pour le Développement social et les Affaires humanitaires et l'Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture. De vifs remerciements sont adressés à ces organisations et à leur personnel pour le rôle précieux qu'ils ont joué en développant les idées, en participant aux essais sur le terrain, en révisant le texte des premières versions du manuel et en fournissant les fonds nécessaires.

Les versions précédentes imprimées en 1979, 1980 et 1983 ont été utilisées dans une soixantaine de pays et traduites, en totalité ou en partie, dans une trentaine de langues. Les personnes handicapées et les travailleurs de toutes catégories, y compris les agents communautaires et les experts sur le terrain, ont fait part de leurs points de vue et de leurs suggestions pour les améliorer. Des essais sur le terrain et des évaluations ont été réalisés entre 1979 et 1987, fournissant aux auteurs des informations inestimables. Les remerciements s'adressent à toutes les personnes, trop nombreuses à citer, qui ont fait part de leurs commentaires sur le manuel.

C'est en fonction de ces nombreux commentaires que certaines parties du manuel ont été amplement modifiées. Les personnes mentionnées ci-après ont revu avec soin les techniques de réadaptation ainsi que les illustrations de certaines parties du manuel, et méritent une attention spéciale.

### Difficultés à voir

Dr Lawrence Campbell et le personnel d'Helen Keller International, New York (Etats-Unis d'Amérique).

### Difficultés à entendre et à parler

Mme Anne Hewitt, Croydon (Angleterre) (autrefois au City Lit Centre for the Deaf, Londres (Angleterre)); Dr Eli Savanick, International Centre on Deafness (Centre International de la Surdité), Gallaudet University, Washington DC (Etats-Unis d'Amérique); Dr Sheila L. Wirz et Mme Sandy Wingard, National Hospitals College of Speech Science, Londres (Angleterre).

### Difficultés à bouger

Mme Sophie Levitt, Bath (Angleterre).

### Perte ou absence de sensibilité dans les membres (lèpre)

Dr Srinivasan, Central Jalama Institute of Leprosy, Tajganj Agara (Inde); Mme Jean Watson, The Leprosy Mission International, Londres (Angleterre).

### Comportement  trange

Dr Thimoty Harding et Dr John Orley, Division de la Santé mentale, OMS, Genève (Suisse).

## Remerciements

Ce manuel a été élaboré par l'Organisation mondiale de la Santé, avec la collaboration de plusieurs autres institutions des Nations Unies s'occupant de programmes pour les personnes handicapées; le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, le Haut commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés; le Centre des Nations Unies pour le Développement social et les Affaires humanitaires et l'Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture. De vifs remerciements sont adressés à ces organisations et à leur personnel pour le rôle précieux qu'ils ont joué en développant les idées, en participant aux essais sur le terrain, en révisant le texte des premières versions du manuel et en fournissant les fonds nécessaires.

Les versions précédentes imprimées en 1979, 1980 et 1983 ont été utilisées dans une soixantaine de pays et traduites, en totalité ou en partie, dans une trentaine de langues. Les personnes handicapées et les travailleurs de toutes catégories, y compris les agents communautaires et les experts sur le terrain, ont fait part de leurs points de vue et de leurs suggestions pour les améliorer. Des essais sur le terrain et des évaluations ont été réalisés entre 1979 et 1987, fournissant aux auteurs des informations inestimables. Les remerciements s'adressent à toutes les personnes, trop nombreuses à citer, qui ont fait part de leurs commentaires sur le manuel.

C'est en fonction de ces nombreux commentaires que certaines parties du manuel ont été amplement modifiées. Les personnes mentionnées ci-après ont revu avec soin les techniques de réadaptation ainsi que les illustrations de certaines parties du manuel, et méritent une attention spéciale.

### Difficultés à voir

Dr Lawrence Campbell et le personnel d'Helen Keller International, New York (Etats-Unis d'Amérique).

### Difficultés à entendre et à parler

Mme Anne Hewitt, Croydon (Angleterre) (autrefois au City Lit Centre for the Deaf, Londres (Angleterre)); Dr Eli Savanick, International Centre on Deafness (Centre International de la Surdité), Gallaudet University, Washington DC (Etats-Unis d'Amérique); Dr Sheila L. Wirz et Mme Sandy Wingard, National Hospitals College of Speech Science, Londres (Angleterre).

### Difficultés à bouger

Mme Sophie Levitt, Bath (Angleterre).

### Perte ou absence de sensibilité dans les membres (lèpre)

Dr Srinivasan, Central Jalama Institute of Leprosy, Tajganj Agara (Inde); Mme Jean Watson, The Leprosy Mission International, Londres (Angleterre).

### Comportement  trange

Dr Thimoty Harding et Dr John Orley, Division de la Santé mentale, OMS, Genève (Suisse).

## Remerciements

Ce manuel a été élaboré par l'Organisation mondiale de la Santé, avec la collaboration de plusieurs autres institutions des Nations Unies s'occupant de programmes pour les personnes handicapées; le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, le Haut commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés; le Centre des Nations Unies pour le Développement social et les Affaires humanitaires et l'Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture. De vifs remerciements sont adressés à ces organisations et à leur personnel pour le rôle précieux qu'ils ont joué en développant les idées, en participant aux essais sur le terrain, en révisant le texte des premières versions du manuel et en fournissant les fonds nécessaires.

Les versions précédentes imprimées en 1979, 1980 et 1983 ont été utilisées dans une soixantaine de pays et traduites, en totalité ou en partie, dans une trentaine de langues. Les personnes handicapées et les travailleurs de toutes catégories, y compris les agents communautaires et les experts sur le terrain, ont fait part de leurs points de vue et de leurs suggestions pour les améliorer. Des essais sur le terrain et des évaluations ont été réalisés entre 1979 et 1987, fournissant aux auteurs des informations inestimables. Les remerciements s'adressent à toutes les personnes, trop nombreuses à citer, qui ont fait part de leurs commentaires sur le manuel.

C'est en fonction de ces nombreux commentaires que certaines parties du manuel ont été amplement modifiées. Les personnes mentionnées ci-après ont revu avec soin les techniques de réadaptation ainsi que les illustrations de certaines parties du manuel, et méritent une attention spéciale.

### Difficultés à voir

Dr Lawrence Campbell et le personnel d'Helen Keller International, New York (Etats-Unis d'Amérique).

### Difficultés à entendre et à parler

Mme Anne Hewitt, Croydon (Angleterre) (autrefois au City Lit Centre for the Deaf, Londres (Angleterre)); Dr Eli Savanick, International Centre on Deafness (Centre International de la Surdité), Gallaudet University, Washington DC (Etats-Unis d'Amérique); Dr Sheila L. Wirz et Mme Sandy Wingard, National Hospitals College of Speech Science, Londres (Angleterre).

### Difficultés à bouger

Mme Sophie Levitt, Bath (Angleterre).

### Perte ou absence de sensibilité dans les membres (lèpre)

Dr Srinivasan, Central Jalama Institute of Leprosy, Tajganj Agara (Inde); Mme Jean Watson, The Leprosy Mission International, Londres (Angleterre).

### Comportement  trange

Dr Thimoty Harding et Dr John Orley, Division de la Santé mentale, OMS, Genève (Suisse).

---

# **La « technologie » de la réadaptation à assise communautaire**

## **Genèse du manuel**

Le manuel a été conçu en trois phases.

### **Phase 1 : Observation et enregistrement des « technologies spontanées »**

La première phase a consisté à nous rendre dans 16 pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine pour rencontrer des personnes handicapées. Ces visites sur le terrain visaient à découvrir ce que les personnes savaient de leur propre handicap et les activités qu'elles avaient apprises à faire sans programme de réadaptation officiel. Les zones urbaines, notamment les bidonvilles des grandes agglomérations et les zones rurales, en particulier les lieux éloignés, à plusieurs jours de voyage de la ville la plus proche, ont été visités. Nous y avons rencontré des personnes handicapées, leur famille, les responsables locaux et les autorités.

Certaines découvertes n'étaient guère encourageantes. Pour la plupart des personnes handicapées, la vie était difficile. Un grand nombre d'enfants étaient mal nourris, habillés pauvrement et souffraient de diverses maladies. Les adolescents et les quelques adultes handicapés que nous avons rencontrés étaient souvent prostrés chez eux, à ne rien faire ou presque. Dans certains cas, l'état initial se compliquait de contractures et d'escarres. Il était rare de rencontrer une personne handicapée qui avait été à l'école ou qui pouvait gagner sa vie autrement qu'en mendiant. Les handicaps étaient généralement mal connus. Ils étaient souvent considérés comme la conséquence d'un acte médical, vaccination ou fièvre, ou ayant une origine surnaturelle, intervention d'esprits malins, non respect de tabous ou châtement divin. Ces découvertes montraient combien il importait de changer les attitudes et les croyances à l'égard des handicaps et de promouvoir l'intégration sociale des personnes handicapées.

Pourtant, les découvertes n'étaient pas toutes aussi décourageantes. Il arrivait que le niveau de réadaptation de certaines personnes handicapées soit assez élevé. Des adultes handicapés s'étaient rééduqués eux-mêmes et des enfants handicapés avaient été rééduqués par des membres de leur famille. Aucune de ces personnes n'avait bénéficié de l'aide de spécialistes de réadaptation ou d'un équipement spécial. Les aides techniques et les appareillages étaient fabriqués localement.

A la suite de ces nombreux exemples, nous avons pris note de cette « technologie spontanée » qui avait été salutaire pour ces handicapés. Nous l'avons analysée, puis nous avons identifié les méthodes communes à différents pays. Par exemple, un parent apprenant à un enfant aveugle à se déplacer seul à Mexico utilisait exactement la même technique qu'un parent apprenant à un enfant aveugle en Indonésie, au Nigéria ou à Sri Lanka.

---

A chaque handicap correspondait tout un ensemble de techniques locales, de techniques nées dans l'esprit et le cœur de gens simples. Grâce à l'amour et au bon sens, ces gens étaient parvenus à surmonter les obstacles et à résoudre leurs problèmes. Dans de nombreux cas, les techniques étaient les mêmes que celles utilisées dans les pays industrialisés, où la réadaptation repose sur des techniques spontanées, des connaissances d'anatomie et de physiologie et des techniques mises au point par des spécialistes de la réadaptation.

Les techniques spontanées que nous avons observées ont été normalisées et intégrées ensuite dans un système de prestation de services de réadaptation. Chaque fois que nos observations directes présentaient des lacunes, nous décrivions une approche qui avait été utilisée par les personnes handicapées dans les pays industrialisés et qui pouvait convenir aussi aux pays en développement.

La première version du manuel (1979) s'est tout d'abord inspirée de cette technologie spontanée. Nous pensions que si un plus grand nombre de personnes handicapées et leur famille apprenaient comment d'autres personnes dans le même cas s'en étaient tirées, elles seraient capables, elles-aussi, de faire la même chose. Nous essayions ainsi de transmettre à la fois les connaissances et les compétences. Nous nous sommes efforcés de décrire simplement ce que d'autres avaient réalisé, et de montrer comment de nombreux problèmes pouvaient être résolus d'une façon pratique. Ces descriptions ont été ensuite rassemblées dans les « modules d'entraînement ».

## **Phase 2 : Face aux réalités du terrain**

Au cours de la deuxième phase, nous avons procédé au suivi des résultats d'essais sur le terrain réalisés dans quelque 20 pays d'Afrique, d'Amérique et d'Asie. Nous avons écouté attentivement les personnes handicapées, les membres de leur famille, les superviseurs locaux, les responsables communautaires et les administrateurs de programmes RAC. Des études spécifiques ont ensuite été réalisées pour évaluer les résultats de ces programmes. Dans la plupart des pays, les rapports indiquaient entre 70 et 80 % de réussites. La plupart des personnes handicapées participant aux programmes étaient des enfants. A l'issue de nouveaux essais, une révision a été effectuée en 1980 et suite à une consultation réunissant un plus grand nombre de personnels de terrain, une nouvelle version, revue et corrigée, a été produite en 1983.

## **Phase 3 : Développement d'un « consensus technologique »**

Pour ce qui est de la troisième phase, nous avons continué à appliquer les programmes sur le terrain et à utiliser les résultats de leurs évaluations. De nombreux experts, tels que kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, éducateurs spécialisés et éducateurs professionnels nous ont aidés de leurs conseils. Ces experts ont été choisis, pour la plupart, en raison de leur grande expérience des programmes de réadaptation dans les pays en développement. Il s'agissait dans cette phase de parvenir à ce que nous pouvons appeler un « consensus technologique » ou à une approche réunissant les techniques spontanées et les techniques avalisées par des spécialistes de la réadaptation.



## Remerciements

Ce manuel a été élaboré par l'Organisation mondiale de la Santé, avec la collaboration de plusieurs autres institutions des Nations Unies s'occupant de programmes pour les personnes handicapées; le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, le Haut commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés; le Centre des Nations Unies pour le Développement social et les Affaires humanitaires et l'Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture. De vifs remerciements sont adressés à ces organisations et à leur personnel pour le rôle précieux qu'ils ont joué en développant les idées, en participant aux essais sur le terrain, en révisant le texte des premières versions du manuel et en fournissant les fonds nécessaires.

Les versions précédentes imprimées en 1979, 1980 et 1983 ont été utilisées dans une soixantaine de pays et traduites, en totalité ou en partie, dans une trentaine de langues. Les personnes handicapées et les travailleurs de toutes catégories, y compris les agents communautaires et les experts sur le terrain, ont fait part de leurs points de vue et de leurs suggestions pour les améliorer. Des essais sur le terrain et des évaluations ont été réalisés entre 1979 et 1987, fournissant aux auteurs des informations inestimables. Les remerciements s'adressent à toutes les personnes, trop nombreuses à citer, qui ont fait part de leurs commentaires sur le manuel.

C'est en fonction de ces nombreux commentaires que certaines parties du manuel ont été amplement modifiées. Les personnes mentionnées ci-après ont revu avec soin les techniques de réadaptation ainsi que les illustrations de certaines parties du manuel, et méritent une attention spéciale.

### Difficultés à voir

Dr Lawrence Campbell et le personnel d'Helen Keller International, New York (Etats-Unis d'Amérique).

### Difficultés à entendre et à parler

Mme Anne Hewitt, Croydon (Angleterre) (autrefois au City Lit Centre for the Deaf, Londres (Angleterre)); Dr Eli Savanick, International Centre on Deafness (Centre International de la Surdité), Gallaudet University, Washington DC (Etats-Unis d'Amérique); Dr Sheila L. Wirz et Mme Sandy Wingard, National Hospitals College of Speech Science, Londres (Angleterre).

### Difficultés à bouger

Mme Sophie Levitt, Bath (Angleterre).

### Perte ou absence de sensibilité dans les membres (lèpre)

Dr Srinivasan, Central Jalama Institute of Leprosy, Tajganj Agara (Inde); Mme Jean Watson, The Leprosy Mission International, Londres (Angleterre).

### Comportement  trange

Dr Thimoty Harding et Dr John Orley, Division de la Santé mentale, OMS, Genève (Suisse).

## Remerciements

Ce manuel a été élaboré par l'Organisation mondiale de la Santé, avec la collaboration de plusieurs autres institutions des Nations Unies s'occupant de programmes pour les personnes handicapées; le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, le Haut commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés; le Centre des Nations Unies pour le Développement social et les Affaires humanitaires et l'Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture. De vifs remerciements sont adressés à ces organisations et à leur personnel pour le rôle précieux qu'ils ont joué en développant les idées, en participant aux essais sur le terrain, en révisant le texte des premières versions du manuel et en fournissant les fonds nécessaires.

Les versions précédentes imprimées en 1979, 1980 et 1983 ont été utilisées dans une soixantaine de pays et traduites, en totalité ou en partie, dans une trentaine de langues. Les personnes handicapées et les travailleurs de toutes catégories, y compris les agents communautaires et les experts sur le terrain, ont fait part de leurs points de vue et de leurs suggestions pour les améliorer. Des essais sur le terrain et des évaluations ont été réalisés entre 1979 et 1987, fournissant aux auteurs des informations inestimables. Les remerciements s'adressent à toutes les personnes, trop nombreuses à citer, qui ont fait part de leurs commentaires sur le manuel.

C'est en fonction de ces nombreux commentaires que certaines parties du manuel ont été amplement modifiées. Les personnes mentionnées ci-après ont revu avec soin les techniques de réadaptation ainsi que les illustrations de certaines parties du manuel, et méritent une attention spéciale.

### Difficultés à voir

Dr Lawrence Campbell et le personnel d'Helen Keller International, New York (Etats-Unis d'Amérique).

### Difficultés à entendre et à parler

Mme Anne Hewitt, Croydon (Angleterre) (autrefois au City Lit Centre for the Deaf, Londres (Angleterre)); Dr Eli Savanick, International Centre on Deafness (Centre International de la Surdité), Gallaudet University, Washington DC (Etats-Unis d'Amérique); Dr Sheila L. Wirz et Mme Sandy Wingard, National Hospitals College of Speech Science, Londres (Angleterre).

### Difficultés à bouger

Mme Sophie Levitt, Bath (Angleterre).

### Perte ou absence de sensibilité dans les membres (lèpre)

Dr Srinivasan, Central Jalama Institute of Leprosy, Tajganj Agara (Inde); Mme Jean Watson, The Leprosy Mission International, Londres (Angleterre).

### Comportement  trange

Dr Thimoty Harding et Dr John Orley, Division de la Santé mentale, OMS, Genève (Suisse).

---

Certains, pourtant, peuvent penser que les associations de personnes handicapées sont une autre forme de ségrégation. Il est important que les membres d'associations de personnes handicapées gardent cela en mémoire. Ils doivent résister à la tentation de rester à l'écart des autres et en la « confortable compagnie » d'autres personnes handicapées. Lorsque le maintien des associations ne se justifiera plus sur le plan politique, celles-ci devront être dissoutes et leurs membres se rallier aux autres associations « principales » pour favoriser la cause de la pleine participation.

## **Guide pour les maîtres d'école**

Le guide s'adresse aux maîtres d'école qui n'ont pas reçu de formation officielle (dans les écoles spécialisées ou ultérieurement) en rapport avec les besoins des enfants handicapés. Ce guide aidera les maîtres des écoles locales à intégrer les enfants handicapés dans les classes d'enfants non handicapés. Ils pourront l'utiliser à titre individuel, ou en groupe, à l'occasion d'un cours.

Ce guide doit être considéré comme la première étape de l'éducation d'enfants handicapés. D'autres étapes suivront, telle l'introduction d'un cours d'éducation spéciale dans les écoles spécialisées ; la formation spécialisée de maîtres d'école « mobiles » ou « fixes » ; et, ultérieurement, la formation plus « pointue » de maîtres qui s'occuperont de ceux qui ont des difficultés à voir, à entendre ou à apprendre.

Environ 90 % des enfants handicapés peuvent être intégrés dans des écoles ordinaires. S'agissant des enfants nés sourds, on a vu dans certains programmes que la scolarisation ne réussit que si une communication est établie de part et d'autre. Le maître et quelques élèves devront donc apprendre à communiquer avec l'enfant sourd en utilisant, par exemple, le langage des signes. Habituellement, seuls, les arriérés mentaux graves ou les enfants souffrant de multiples handicaps ont besoin d'une scolarisation spéciale.

## **Modules d'entraînement**

Les modules d'entraînement s'adressent aux membres de la famille des personnes handicapées. Ils sont conçus pour 7 types de handicaps : difficultés à voir, difficultés à entendre et à parler, difficultés à bouger, perte ou absence de sensibilité dans les membres, comportement étrange, crises convulsives et difficultés à apprendre.

On distingue 3 catégories de modules d'entraînement :

- 1) Les modules d'information destinés à donner aux personnes handicapées et à leur famille des informations sur le handicap.
- 2) Les modules de prévention destinés à empêcher l'aggravation des handicaps.
- 3) Les modules qui décrivent les méthodes d'entraînement. Ces modules sont destinés au membre de la famille qui entraîne une personne handicapée à faire plus d'activités.

---

La plupart des modules d'entraînement correspondent à un certain type de handicap. En revanche, six modules traitent d'activités concernant les enfants ou les adultes, quelle que soit la nature de leur handicap: allaitement, jeux, activités sociales, activités domestiques et emplois.

Les activités générales ont toutes été axées sur l'intégration. Nous sommes convaincus que l'on obtient un meilleur résultat si les personnes handicapées sont intégrées à d'autres groupes de personnes qu'il s'agisse de la famille, de l'école, du travail, d'établissements pédagogiques et de formation, de logement, d'affaires communautaires, de prises de décision, etc. Nombreux sont les exemples qui prouvent que c'est là la meilleure approche, une approche que recommande également le Programme d'action mondial des Nations Unies concernant les personnes handicapées. Mais il existe naturellement quelques exceptions. Ceux qui sont affligés de graves handicaps ne peuvent pas être toujours totalement intégrés.

Certaines personnes pensent que de petits centres pour enfants handicapés devraient être créés au sein de la communauté dans le cadre de programmes RAC. Nous pensons que l'intégration est une meilleure approche. Trop souvent, un centre est un endroit où la personne handicapée est «mise à l'écart». La ségrégation dans ces petits centres conduit à d'autres problèmes. Par exemple, il est bien connu que le comportement d'enfants arriérés peut facilement s'aggraver s'ils ont seulement des contacts avec d'autres enfants arriérés. Il vaut mieux créer un petit centre de jour pour *tous* les enfants et y laisser l'enfant handicapé.

On trouvera dans le module sur les jeux, les techniques de stimulation précoce pour enfants, quelle que soit la nature du handicap. Ce module pourra aussi servir à des enfants non handicapés qui se sont développés lentement, peut-être à cause de maladies. Les activités correspondent à huit niveaux de développement. Chacun de ces niveaux comprend deux catégories d'activité: communication et comportement; mobilité et autonomie. Les enfants qui ont des difficultés à entendre, par exemple, progresseront plus rapidement au niveau «mobilité et autonomie» que d'autres qui ont des difficultés à bouger mais qui, eux, progresseront plus rapidement au niveau «communication et comportement».

Les activités correspondant aux huit niveaux de développement sont présentées dans des feuillets représentant les groupes d'âge suivants:

Feuille 1:	3 mois	Feuille 5:	2 ans
Feuille 2:	6 mois	Feuille 6:	2-3 ans
Feuille 3:	9 mois	Feuille 7:	3-4 ans
Feuille 4:	12-18 mois	Feuille 8:	5 ans

Nous avons choisi de ne pas indiquer les fourchettes d'âge sur les feuillets. Souvent, le retard d'un enfant n'est pas décelé avant l'âge de 2-3 ans, et les membres de la famille d'un tel enfant risqueraient d'être découragés si on leur donnait un feuillet d'entraînement indiquant, par exemple, «3 mois» ou «9 mois».

Certains des modules d'entraînement indiquent une méthode qui permet d'apprendre une activité à une personne handicapée. Nous avons ici choisi de décrire seulement la technique d'«apprentissage chronologique». Les activités y sont enseignées par étapes, de la première à la dernière. C'est là la seule méthode présentée car rien ne prouve qu'il est plus efficace d'apprendre une activité en commençant par la fin.

---

## **RAC : Système de prestation de services**

Il ne suffit pas d'élaborer des techniques. Il faut penser à ceux qui vont exécuter et administrer le programme et qui vont entraîner et superviser le personnel. Les tâches de réadaptation doivent être réparties entre les différentes catégories de personnel et selon différents niveaux de service. Cela exigera des efforts de coordination de la part des ministères, des autorités aux échelons du district et régional et des organisations non gouvernementales s'occupant de différents secteurs de réadaptation.

Un programme de réadaptation à assise communautaire doit avoir ses racines dans la communauté. Il faudra réaliser au niveau communautaire tout ce qui pourra l'être dans de bonnes conditions. D'autres services seront créés pour répondre aux besoins de la communauté. Les services d'orientation/recours aux niveaux supérieurs doivent disposer de professionnels, ainsi qu'il est décrit ci-dessous.

Nous donnons ici à titre d'exemple, 3 niveaux de services d'orientation/recours: a) niveau du district, avec une population de 50 000 à 100 000 personnes; b) niveau régional avec une population de 500 000 à 1 million d'habitants; et c) niveau national. Ces niveaux ou leurs équivalents différeront selon les pays. Cependant, on pourrait s'inspirer des suggestions qui suivent pour les services nécessaires à chaque niveau.

### **a) Niveau du district**

- Services diagnostiques. (Il est recommandé, si les circonstances le permettent, que chaque personne du programme RAC soit vue par un médecin du district. Il s'agit de confirmer le diagnostic et de s'assurer qu'aucun traitement médical n'est négligé).
- Services médicaux: traitement chirurgical des contractures, de la lèpre et de la cataracte, et traitement médical de l'épilepsie, des maladies mentales chroniques, de la lèpre et de la tuberculose.
- Services d'éducation pour les enfants: maîtres d'école/conseillers.
- Services professionnels pour adultes: évaluation professionnelle et conseils, programmes de formation spécialisée, formation professionnelle à court terme, recherche d'emplois.
- Fourniture d'appareils orthopédiques simples et autres équipements adaptés.

---

## **b) Niveau régional**

- Services diagnostiques pour des cas médicaux plus complexes.
- Services médicaux après recours, par exemple chirurgie corrective après perforations des tympans, chirurgie oculaire, traitement des fractures compliquées, traitement des maladies résistantes à toute forme de thérapie, etc.
- Thérapie de réadaptation complexe pour ceux pour lesquels les services communautaires ou de district sont impuissants.
- Services pédagogiques: éducation spécialisée.
- Services professionnels: évaluation plus complexe et conseils, formation professionnelle à long terme.
- Fourniture d'appareils orthopédiques standard.

## **c) Niveau national**

- Service d'orientation/recours pour diagnostic médical complexe.
- Services médicaux très spécialisés et peu fréquents.
- Thérapies de réadaptation complexes.
- Services pédagogiques dans des instituts d'enseignement supérieur, i.e. universités, collèges pour personnes handicapées.
- Services professionnels pour des besoins peu fréquents (formation spécialisée ne pouvant pas être dispensée aux niveaux du district et de la région).

Un grand nombre de pays ont eu tendance à commencer leurs programmes en partant du sommet, fournissant d'abord des services au niveau national. Il est reconnu que les efforts faits ensuite pour passer aux niveaux régional, du district et communautaire se soldent par un échec. Les services à l'échelon national ont tendance à accaparer une grande partie des ressources en main d'œuvre et financières, laissant peu ou rien pour les autres niveaux.

Le principe même d'une telle approche est une erreur. Elle n'est pas le résultat d'une analyse de ce qui peut et ne peut pas être efficacement réalisé au niveau communautaire. Les services mis en place «à partir du sommet» ne répondront pas aux besoins de recours du niveau communautaire, ils opéreront en «imaginant» ce que sont les besoins communautaires.

Par ailleurs, assurer d'emblée des services au niveau national est du gaspillage. Il est courant de voir dans les établissements nationaux (ou similaires) que des professionnels qualifiés sont souvent occupés à de simples tâches qui pourraient être exécutées par quelqu'un

de moins qualifié. Le personnel des établissements nationaux est facilement débordé à cause du travail qui devrait être du ressort communautaire ou régional. Ce personnel devrait au contraire s'occuper de ceux qui ont des problèmes de réadaptation plus compliqués, leur montrer ce qu'il faut faire, les superviser et leur assurer les services nécessaires. Le tableau 1 donne une idée de la ventilation du personnel et du pourcentage des besoins de réadaptation pouvant être satisfait à chaque niveau.

**Tableau 1. Programme de réadaptation à assise communautaire : ventilation du personnel et pourcentage des besoins satisfaits à chaque niveau de service.**

Niveau	Pourcentage des besoins satisfaits	Personnel
National	10	Médecins spécialistes pour tous handicaps; kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes; spécialistes pour aveugles, sourds et arriérés mentaux; spécialistes de la formation professionnelle; techniciens orthopédistes.
Régional	20	Médecins généralistes ou spécialistes; certains spécialistes de la réadaptation.
District		Médecins généralistes; superviseurs au niveau intermédiaire (administrateurs RAC); techniciens orthopédistes; enseignants spécialisés; spécialistes de la formation professionnelle.
Communauté	70	Superviseurs locaux (agents communautaires); maîtres d'école.

Les services à assise communautaire ne sont pas les mêmes que les services au niveau communautaire. Toute une structure est nécessaire, y compris aux niveaux du district, régional et national. Il importe de développer les niveaux supérieurs de services pour répondre aux besoins de la communauté. Si ces services existent déjà, ils peuvent avoir besoin d'être réorientés.

## Rôle des professionnels

Comme on l'a déjà dit, il faut des professionnels à plusieurs niveaux de service : il faut, à l'échelon du district, un superviseur au niveau intermédiaire ou un administrateur RAC qui puisse former des superviseurs locaux, guider et superviser leur travail, s'occuper des recours, communiquer avec les autres services, et gérer le programme RAC à l'échelon du district. Il se peut qu'une telle personne ne corresponde pas exactement à une catégorie professionnelle existant actuellement.

Aux niveaux régional et national, des professionnels assureront la prestation de services pour réadaptation complexe ainsi que la formation et la supervision du personnel des niveaux du district, régional et national. Il peut être nécessaire de revoir le programme actuel des différents groupes professionnels pour mieux les préparer aux responsabilités supplémentaires qu'ils auront à assumer dans un programme RAC.

Il importe de veiller à ce qu'il y ait suffisamment de rééducateurs professionnels pour s'occuper des besoins des services d'orientation/recours de la communauté et pour assurer une gestion adaptée.

## Remerciements

Ce manuel a été élaboré par l'Organisation mondiale de la Santé, avec la collaboration de plusieurs autres institutions des Nations Unies s'occupant de programmes pour les personnes handicapées; le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, le Haut commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés; le Centre des Nations Unies pour le Développement social et les Affaires humanitaires et l'Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture. De vifs remerciements sont adressés à ces organisations et à leur personnel pour le rôle précieux qu'ils ont joué en développant les idées, en participant aux essais sur le terrain, en révisant le texte des premières versions du manuel et en fournissant les fonds nécessaires.

Les versions précédentes imprimées en 1979, 1980 et 1983 ont été utilisées dans une soixantaine de pays et traduites, en totalité ou en partie, dans une trentaine de langues. Les personnes handicapées et les travailleurs de toutes catégories, y compris les agents communautaires et les experts sur le terrain, ont fait part de leurs points de vue et de leurs suggestions pour les améliorer. Des essais sur le terrain et des évaluations ont été réalisés entre 1979 et 1987, fournissant aux auteurs des informations inestimables. Les remerciements s'adressent à toutes les personnes, trop nombreuses à citer, qui ont fait part de leurs commentaires sur le manuel.

C'est en fonction de ces nombreux commentaires que certaines parties du manuel ont été amplement modifiées. Les personnes mentionnées ci-après ont revu avec soin les techniques de réadaptation ainsi que les illustrations de certaines parties du manuel, et méritent une attention spéciale.

### Difficultés à voir

Dr Lawrence Campbell et le personnel d'Helen Keller International, New York (Etats-Unis d'Amérique).

### Difficultés à entendre et à parler

Mme Anne Hewitt, Croydon (Angleterre) (autrefois au City Lit Centre for the Deaf, Londres (Angleterre)); Dr Eli Savanick, International Centre on Deafness (Centre International de la Surdité), Gallaudet University, Washington DC (Etats-Unis d'Amérique); Dr Sheila L. Wirz et Mme Sandy Wingard, National Hospitals College of Speech Science, Londres (Angleterre).

### Difficultés à bouger

Mme Sophie Levitt, Bath (Angleterre).

### Perte ou absence de sensibilité dans les membres (lèpre)

Dr Srinivasan, Central Jalama Institute of Leprosy, Tajganj Agara (Inde); Mme Jean Watson, The Leprosy Mission International, Londres (Angleterre).

### Comportement étrange

Dr Thimoty Harding et Dr John Orley, Division de la Santé mentale, OMS, Genève (Suisse).



---

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS), créée en 1948, est une institution spécialisée des Nations Unies à qui incombe, sur le plan international, la responsabilité principale en matière de questions sanitaires et de santé publique. Au sein de l'OMS, les professionnels de la santé de quelque 165 pays échangent des connaissances et des données d'expérience en vue de faire accéder d'ici l'an 2000 tous les habitants du monde à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive.

Grâce à la coopération technique qu'elle pratique avec ses Etats Membres ou qu'elle stimule entre eux, l'OMS s'emploie à promouvoir la mise sur pied de services de santé complets, la prévention et l'endiguement des maladies, l'amélioration de l'environnement, le développement des personnels de santé, la coordination et le progrès de la recherche biomédicale et de la recherche sur les services de santé, ainsi que la planification et l'exécution des programmes de santé.

Le vaste domaine où s'exerce l'action de l'OMS comporte des activités très diverses : développement des soins de santé primaires pour que toute la population puisse y avoir accès ; promotion de la santé maternelle et infantile ; lutte contre la malnutrition ; lutte contre le paludisme et d'autres maladies transmissibles, dont la tuberculose et la lèpre ; la variole étant d'ores et déjà éradiquée, promotion de la vaccination de masse contre un certain nombre d'autres maladies évitables ; amélioration de la santé mentale ; approvisionnement en eau saine ; formation de personnels de santé de toutes catégories.

Il est d'autres secteurs encore où une coopération internationale s'impose pour assurer un meilleur état de santé à travers le monde et l'OMS collabore notamment aux tâches suivantes : établissement d'étalons internationaux pour les produits biologiques, les pesticides et les préparations pharmaceutiques ; formulation de critères de salubrité de l'environnement ; recommandations relatives aux dénominations communes internationales pour les substances pharmaceutiques ; application du Règlement sanitaire international ; révision de la Classification internationale des maladies, traumatismes et causes de décès ; rassemblement et diffusion d'informations statistiques sur la santé.

On trouvera dans les publications de l'OMS de plus amples renseignements sur de nombreux aspects des travaux de l'Organisation.

---

---

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS), créée en 1948, est une institution spécialisée des Nations Unies à qui incombe, sur le plan international, la responsabilité principale en matière de questions sanitaires et de santé publique. Au sein de l'OMS, les professionnels de la santé de quelque 165 pays échangent des connaissances et des données d'expérience en vue de faire accéder d'ici l'an 2000 tous les habitants du monde à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive.

Grâce à la coopération technique qu'elle pratique avec ses Etats Membres ou qu'elle stimule entre eux, l'OMS s'emploie à promouvoir la mise sur pied de services de santé complets, la prévention et l'endiguement des maladies, l'amélioration de l'environnement, le développement des personnels de santé, la coordination et le progrès de la recherche biomédicale et de la recherche sur les services de santé, ainsi que la planification et l'exécution des programmes de santé.

Le vaste domaine où s'exerce l'action de l'OMS comporte des activités très diverses : développement des soins de santé primaires pour que toute la population puisse y avoir accès ; promotion de la santé maternelle et infantile ; lutte contre la malnutrition ; lutte contre le paludisme et d'autres maladies transmissibles, dont la tuberculose et la lèpre ; la variole étant d'ores et déjà éradiquée, promotion de la vaccination de masse contre un certain nombre d'autres maladies évitables ; amélioration de la santé mentale ; approvisionnement en eau saine ; formation de personnels de santé de toutes catégories.

Il est d'autres secteurs encore où une coopération internationale s'impose pour assurer un meilleur état de santé à travers le monde et l'OMS collabore notamment aux tâches suivantes : établissement d'étalons internationaux pour les produits biologiques, les pesticides et les préparations pharmaceutiques ; formulation de critères de salubrité de l'environnement ; recommandations relatives aux dénominations communes internationales pour les substances pharmaceutiques ; application du Règlement sanitaire international ; révision de la Classification internationale des maladies, traumatismes et causes de décès ; rassemblement et diffusion d'informations statistiques sur la santé.

On trouvera dans les publications de l'OMS de plus amples renseignements sur de nombreux aspects des travaux de l'Organisation.

---

---

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS), créée en 1948, est une institution spécialisée des Nations Unies à qui incombe, sur le plan international, la responsabilité principale en matière de questions sanitaires et de santé publique. Au sein de l'OMS, les professionnels de la santé de quelque 165 pays échangent des connaissances et des données d'expérience en vue de faire accéder d'ici l'an 2000 tous les habitants du monde à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive.

Grâce à la coopération technique qu'elle pratique avec ses Etats Membres ou qu'elle stimule entre eux, l'OMS s'emploie à promouvoir la mise sur pied de services de santé complets, la prévention et l'endiguement des maladies, l'amélioration de l'environnement, le développement des personnels de santé, la coordination et le progrès de la recherche biomédicale et de la recherche sur les services de santé, ainsi que la planification et l'exécution des programmes de santé.

Le vaste domaine où s'exerce l'action de l'OMS comporte des activités très diverses : développement des soins de santé primaires pour que toute la population puisse y avoir accès ; promotion de la santé maternelle et infantile ; lutte contre la malnutrition ; lutte contre le paludisme et d'autres maladies transmissibles, dont la tuberculose et la lèpre ; la variole étant d'ores et déjà éradiquée, promotion de la vaccination de masse contre un certain nombre d'autres maladies évitables ; amélioration de la santé mentale ; approvisionnement en eau saine ; formation de personnels de santé de toutes catégories.

Il est d'autres secteurs encore où une coopération internationale s'impose pour assurer un meilleur état de santé à travers le monde et l'OMS collabore notamment aux tâches suivantes : établissement d'étalons internationaux pour les produits biologiques, les pesticides et les préparations pharmaceutiques ; formulation de critères de salubrité de l'environnement ; recommandations relatives aux dénominations communes internationales pour les substances pharmaceutiques ; application du Règlement sanitaire international ; révision de la Classification internationale des maladies, traumatismes et causes de décès ; rassemblement et diffusion d'informations statistiques sur la santé.

On trouvera dans les publications de l'OMS de plus amples renseignements sur de nombreux aspects des travaux de l'Organisation.

---

---

De nombreuses personnes handicapées ont été rééduquées grâce à leur volonté propre et l'aide de leur famille. Dans une grande mesure, les techniques d'entraînement, les aides et les appareillages techniques ont été inventés et améliorés par les personnes qui en avaient besoin. Nombre de pays développés et en développement encouragent la participation active des personnes handicapées et de leur famille dans le processus de réadaptation : ce qui laisse entendre que la réadaptation est effectuée à domicile et dans la communauté. Cette approche encourage l'intégration sociale des personnes handicapées, l'objectif même de la réadaptation.

Ce manuel, conçu pour être utilisé dans les programmes de réadaptation à assise communautaire (RAC), s'adresse tout d'abord aux personnes handicapées et aux membres de leur famille. Il décrit comment la réadaptation peut être effectuée à domicile et dans la communauté. Ce manuel renseigne les personnes handicapées et leur famille sur les techniques de réadaptation qui, pensait-on auparavant, étaient exclusivement réservées aux professionnels.

Ce manuel fournit aussi des explications et des conseils sur la façon d'organiser des activités de réadaptation au sein de la communauté. Il aidera les agents de réadaptation communautaires; les groupes et les responsables communautaires chargés du programme RAC et de son exécution; les maîtres des écoles locales qui enseignent aux enfants handicapés; les personnes qui fournissent un emploi, un revenu et qui donnent leur chance aux adultes handicapés; et ceux qui se préoccupent de savoir comment des personnes handicapées peuvent s'intégrer dans la société et jouir des mêmes droits que les autres.

---